

## 介護予防・日常生活支援総合事業費 請求取下げ申立書

年 月 日

保険者番号	2	2	2	1	3	3
保険者名	掛川市					

事業所番号							
事業所名称							
所在地	〒			-			
電話番号							

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、請求取り下げを申し立てます。

	被保険者番号	被保険者名	サービス提供年月	申立事由コード		申立事由
				様式番号	申立事由	
1			平成・令和 年 月			
2			平成・令和 年 月			
3			平成・令和 年 月			
4			平成・令和 年 月			
5			平成・令和 年 月			
6			平成・令和 年 月			
7			平成・令和 年 月			
8			平成・令和 年 月			
9			平成・令和 年 月			
10			平成・令和 年 月			

様式番号

様式第二の三	10
--------	----

(介護予防・日常生活支援総合事業費明細書)

様式第七の三	20
--------	----

(介護予防ケアマネジメント費)

申立事由

02	請求誤りによる実績取下げ	99	その他の事由による実績の取下げ
----	--------------	----	-----------------